

SOLICITUD PARA AUDIENCIA SOBRE PARTE A DE MEDICARE ANTE UN JUEZ DE DERECHO ADMINISTRATIVO

(La cantidad en disputa debe ser de \$100 o más, QIO—\$200 o más)

Lleve o envíe por correo el original y todas las copias a su oficina local del Seguro Social.

**VEASE NOTA
SOBRE LA LEY
DE PRIVACIDAD
AL DORSO DE
ESTA FORMA**

1. Apelante (La persona apelando la determinación reconsiderada)

2. Beneficiario (Deje en blanco si es usted el apelante)

3. Proveedor, Practicante or Suplidor (Deje en blanco si es usted el apelante)

Dirección

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Ciudad Estado Código Postal

Código de Área/Número de Teléfono

Número de Medicare

4. Compañía de Seguros (u Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) que tomó la determinación de su reclamación de pago a Medicare.)

5. Periodo en cuestión

Desde

Dirección

Hasta

Ciudad Estado Código Postal

6. YO SOLICITO UNA AUDIENCIA ANTE UN JUEZ DE DERECHO ADMINISTRATIVO. No estoy de acuerdo con la determinación tomada sobre mi reclamación porque

7. Usted tiene el derecho de estar representado en la audiencia. Si no está representado pero le gustaría estarlo, su oficina de Seguro Social le dará una lista de referencias legales y organizaciones de servicios. (Si está representado llene Forma CMS-1696 o SSA-1696.)

8. Marque Sólo Uno Quiero asistir en persona.
 No quiero asistir en persona y solicito que se tome una decisión basada en la evidencia de mi caso. (Llene la Forma de Exención HA-4608.)

9. Marque Sólo Uno Tengo evidencia adicional que someter.
 No tengo evidencia adicional que someter.

10. El apelante debe completar el espacio número 11 y el representante, si alguno, debe completar el número 12. Si no hay un representante presente para firmar, escriba su nombre en letra de molde en el espacio número 12. Indique si el apelante acompañará al representante a la audiencia. → Sí No

11. Firma del Solicitante

12. Firma del Representante/Nombre

Dirección

Dirección

abogado
 no-abogado

Ciudad Estado Código Postal

Ciudad Estado Código Postal

Fecha Código de Área/Número de Teléfono ()

Fecha Código de Área/Número de Teléfono ()

PARA COMPLETARSE POR LA ADMINISTRACIÓN DE SEGURO SOCIAL

13. ¿Fue esta solicitud sometida a tiempo? Sí No
Si se marca "No":

14. Se necesita intérprete (Lenguaje, incluyendo lenguaje por señas)

1. Incluya la explicación del apelante por la tardanza.
2. Incluya cualquier carta, material o información pertinente en poder de la oficina de Seguro Social.

15. Solicitante no está representado Lista de referencias legales u organizaciones de servicios fue provista

16. ACUSE DE RECIBO DE SOLICITUD PARA AUDIENCIA

Esta solicitud de audiencia se sometió el _____ en _____.

El Juez de Derecho Administrativo le notificará la fecha y hora de la audiencia por lo menos 20 días antes la audiencia.

17. Por la Administración de Seguro Social

Por _____
(Firma/Título)

(Calle)

(Ciudad/Estado/Código Postal)

Código de la Oficina de Seguro Social que provee el servicio _____

18. COPIA DE OFICINA DE AUDIENCIA

A: Oficina de Audiencia de OHA _____ (localización)
 Otros _____

19. COPIA ARCHIVO DE RECLAMACIÓN

A: Intermediario HMO/CMP
 QIO
 Otro _____

AVISO DE LEY DE CONFIDENCIALIDAD

La recopilación de información en esta forma está autorizada por la Ley de Seguro Social (sección 205(a) del título II, sección 702 del título XVII, secciones 1631(e)(1)(A) y (B) del título XVI secciones 1869(b)(1) y (c) del título XVIII, según apropiado). La información solicitada en esta forma es voluntaria, pero el fallar de proveer toda o cualquier parte de la información puede afectar la determinación de su reclamación. La información que usted someta en esta forma puede ser divulgada por la Administración del Seguro Social a otras personas o agencias gubernamentales solo con respecto a programas del Seguro Social y para cumplir con leyes federales que requieran la divulgación o el intercambio de información entre la Administración del Seguro Social y otras agencias.

De acuerdo a la Acta para Reducir Papeleo de 1995, a las personas no se le requiere que respondan a una información recopilada a menos que muestre un número de control autorizado por la OMB. El número de control autorizado por la OMB para recopilar esta información es el 0938-0468. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información es aproximadamente 15 minutos por respuesta; esto incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar datos existentes, acumular los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. Envíe sus comentarios respecto a la exactitud del tiempo estimado que toma rellenar o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, N2-14-26, Baltimore, Maryland 21244-1850.